



**FACULDADE CAICOENSE SANTA TERESINHA  
CURSO BACHAREL EM PSICOLOGIA**

**CAROLINE MEDEIROS RODRIGUES E SILVA**

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS: UMA  
ANÁLISE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SERIDÓ POTIGUAR**

**CAICÓ/RN  
2025**

CAROLINE MEDEIROS RODRIGUES E SILVA

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS: UMA  
ANÁLISE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SERIDÓ POTIGUAR

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Bacharelado de  
Psicologia de Faculdade Caicoense Santa  
Teresinha, como requisito final da  
conclusão da graduação em psicologia.

Professor Orientador: Prof. Me. William  
Araújo dos Santos

CAICÓ/RN  
2025

## CATALOGAÇÃO NA FONTE

Faculdade Caicoense Santa Teresinha

Biblioteca Profª. Suzana Lago Nobre

S586u SILVA, Caroline Medeiros Rodrigues e.

Urgência e emergência psiquiátricas em hospitais gerais: uma análise do cuidado em saúde mental no Seridó Potiguar. / Caroline Medeiros Rodrigues e Silva. – Caicó, RN, 2025.

53 f.

Orientador(a): Prof. Me. William Araújo dos Santos.

Monografia (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade Caicoense Santa Teresinha. Curso de Graduação em Psicologia.

1. Urgência e Emergência - Monografia. 2. Hospitais Gerais - Monografia. 3. Saúde Mental - Monografia. 4. RAPS - Monografia. 5. Seridó Potiguar – Monografia. I. Silva, Caroline Medeiros Rodrigues e. II. Faculdade Caicoense Santa Teresinha. III. Título.

RN/BU/FCST

CDU 616.89

CAROLINE MEDEIROS RODRIGUES E SILA

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICAS EM HOSPITAIS GERAIS: UMA  
ANÁLISE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO SERIDÓ POTIGUAR

Monografia de graduação apresentada ao Colegiado do Curso de Bacharelado em Psicologia da Faculdade Caicoense Santa Teresinha (FCST), como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em 27/06/2025.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Me. William Araújo Santos  
Faculdade Caicoense Santa Teresinha

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Juliana Kelly Dantas da Silva  
Nome da Instituição de Ensino

---

Prof.<sup>o</sup> Esp. Ismael Víctor Araújo de Oliveira  
Faculdade Caicoense Santa Teresinha

## **AGRADECIMENTOS**

Minha jornada na Psicologia foi uma jornada de volta para mim. Foi preciso aprender que, muitas vezes, é necessário dar passos para trás, abraçar as mudanças e a enfrentar recomeços. E, mais uma vez, eu confirmei: nenhuma conquista é feita sozinha.

Por isso, agradeço a todos que me trouxeram até aqui.

À Faculdade Caicoense Santa Teresinha, por ter sido o espaço onde pude ampliar minha escuta, meu olhar e meu lugar no mundo. Agradeço a todos os professores e supervisores que fizeram parte desta trajetória e, em especial, a William, meu orientador, por sua paciência, competência e generosidade. William é inspiração, referência e afeto. É alguém que levarei comigo como professor e como amigo, daqueles que a vida me deu de presente.

Aos colegas de curso, em especial, agradeço a Ilana e Camila, que se tornaram parte da minha família e me acolheram nas suas.

Agradeço também à minha psicóloga, Luciana, por acolher meus processos com sensibilidade e sabedoria.

À Vanessinha, minha prima-irmã, que despertou em mim o amor pelo conhecimento: obrigada por ser farol e raiz.

Aos colegas e amigos do Hospital Estadual Telecila Freitas Fontes, agradeço por compartilharem comigo a vivência intensa e maravilhosa que é trabalhar no SUS. Nosso cotidiano é resistência, cuidado e aprendizado.

À minha família, de Campina Grande a Caicó, meu amor eterno. Agradeço à minha mãe Sônia, a Nildo, Duda, Thaynara, Ângela, Alessandro, Aryel, Helena e Valentina. Obrigada por caminharem comigo em todas as fases da vida. Aos meus companheiros de quatro patas – Amigão, Aninha e meu eterno Milo – minha gratidão pela presença amorosa que cura e transforma.

Acima de tudo, agradeço à minha base: mamãe, papai, titia e Camila. Vocês são meu alicerce, minha força e meu abrigo. Tudo o que sou e conquisto tem vocês em cada detalhe.

E, por fim, agradeço à Deusa, por me abençoar com todas essas pessoas e experiências. Por me lembrar, como escreveu Chico Xavier, que “ninguém pode voltar atrás e fazer um novo começo, mas qualquer um pode recomeçar e fazer um novo fim.”

## RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo analisar a efetividade do atendimento às urgências e emergências psiquiátricas em hospitais gerais situados na 4ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Norte, território correspondente ao Seridó Potiguar. A pesquisa fundamentou-se na diretriz de que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve garantir o cuidado integral, em liberdade e com base territorial, articulando os diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia adotada foi de abordagem mista, com a análise de dados quantitativos extraídos das plataformas do DATASUS (*TabNet*) e análise qualitativa à luz de documentos oficiais, da legislação vigente e da literatura crítica sobre a saúde mental. Os resultados evidenciaram fragilidades estruturais no cuidado em situações de crise, especialmente nas regiões do interior do estado. A 4ª Região de Saúde apresentou uma das maiores demandas por autorizações de internação hospitalar psiquiátrica no período analisado, ao mesmo tempo em que não dispõe de leitos psiquiátricos habilitados, o que compromete a efetividade do cuidado. A pesquisa conclui que há uma distância significativa entre a proposta de regionalização do SUS e sua efetivação na assistência em saúde mental no interior do RN. O cenário analisado aponta para a urgência de investimentos na interiorização da política de saúde mental, com ampliação da RAPS, estruturação dos serviços e fortalecimento dos fluxos assistenciais nos territórios.

**Palavras-chave:** urgência e emergência; hospitais gerais; saúde mental; RAPS; Seridó Potiguar.

## ABSTRACT

This Undergraduate Final Paper aimed to analyze the effectiveness of psychiatric emergency care in general hospitals located in the 4<sup>a</sup> Health Region of the state of Rio Grande do Norte, in the Seridó Potiguar territory. The research was grounded on the principle that the Psychosocial Care Network (RAPS) must ensure comprehensive, free, and territory-based care, integrating the various levels of the Brazilian Unified Health System (SUS). A mixed-method approach was adopted, combining quantitative data from DATASUS (TabNet) with qualitative analysis supported by national policies, regulatory frameworks, and critical literature on mental health. The findings reveal significant structural weaknesses in emergency psychiatric care, especially in the inner regions of the state. The 4<sup>a</sup> Health Region, despite being one of the areas with the highest demand for psychiatric hospitalizations, lacks psychiatric beds in general hospitals, which compromises care effectiveness. The study concludes that there is a substantial gap between the theoretical framework of SUS regionalization and its practical implementation in mental health services in rural areas. The findings emphasize the urgent need for decentralization of mental health policy, expansion of RAPS, improvement of service infrastructure, and reinforcement of care flows across territories.

**Keywords:** psychiatric emergency; general hospitals; mental health; RAPS; Seridó Potiguar.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01: mapa de delimitação das URSAPs.....	p.33
Figura 02: mapa de AIH feitas por local de solicitação nos municípios no Rio Grande do Norte.....	p.34
Figura 03: mapa de AIH por local de aprovação nos municípios no Rio Grande do Norte.....	p.35

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 01 – Comparação entre os modelos de cuidado em saúde mental pré e pós Reforma Psiquiátrica.....	p. 21
Quadro 02 – Distribuição dos serviços e unidades da RAPS.....	p. 23

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Número de estabelecimentos de saúde por Região de Saúde no Rio Grande do Norte.....	p. 38
Tabela 02 – Tipos e quantidade de CAPS por Região de Saúde no Rio Grande...	p. 40
Tabela 03 – Número de estabelecimentos com leitos de psiquiatria.....	p. 41
Tabela 04 – Número de AIH de urgência em saúde mental solicitada por Região de Saúde de residência do usuário entre Março de 2024 e Fevereiro de 2025.....	p. 41
Tabela 05 – Número de AIH de urgência em saúde mental aprovadas por Região de Saúde entre Março de 2024 e Fevereiro de 2025.....	p. 42

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CT – Comunidade Terapêutica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

MS – Ministério da Saúde

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

PVC – Programa De Volta Para Casa

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.</b>	<b>A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica: entendendo a origem da RAPS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Estruturação e funcionamento da RAPS.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3</b>	<b>O papel dos Hospitais Gerias no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas.....</b>	<b>25</b>
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>A realidade da RAPS no Rio Grande do Norte.....</b>	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>Urgência e emergência psiquiátricas na IV Região de Saúde do Rio Grande do Norte.....</b>	<b>38</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Os Hospitais gerais da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte.....</b>	<b>42</b>
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da Reforma Sanitária e consolidada na Constituição Federal de 1988, possibilitou o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado. A partir de então, foi possível pensar a organização dos serviços de saúde a partir de uma lógica territorial, descentralizada e intersetorial, com base nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Com isso, políticas específicas, como a de saúde mental, passaram a se estruturar a partir dos mesmos fundamentos, articulando-se às transformações estruturais promovidas pelo SUS.

A constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formalizada por meio da Portaria nº 3.088/2011, deve ser compreendida como desdobramento simultâneo da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Ambas as reformas denunciam a fragmentação do cuidado e reivindicam a construção de uma rede articulada, capaz de garantir acesso, continuidade e dignidade ao cuidado em saúde. No campo da saúde mental, esse processo é ainda mais evidente, uma vez que, historicamente, o sofrimento psíquico foi tratado sob a lógica da exclusão, do confinamento e da segregação (Amarante, 2015; Delgado, 2013).

No que diz respeito ao atendimento das situações de urgência e emergência psiquiátrica, o SUS estabelece diretrizes claras: a internação deve ser utilizada apenas em último caso, e, quando necessária, deve ocorrer preferencialmente em hospitais gerais, integrados à rede e com retaguarda multiprofissional. A ideia é que o hospital geral funcione como ponto estratégico da RAPS, sendo capaz de acolher a crise psíquica de forma ética, humanizada e articulada aos demais serviços de base comunitária.

No entanto, ainda que essa diretriz esteja assegurada nos documentos normativos, a realidade dos territórios do interior do país revela fragilidades importantes. Em muitos municípios, sobretudo nas regiões do semiárido nordestino, a ausência de leitos psiquiátricos, a desarticulação entre os equipamentos da rede e a falta de qualificação das equipes dificultam a efetivação da assistência. Nessas localidades, o hospital geral, quando presente, muitas vezes é o único ponto possível de acesso em situações de crise.

É nesse contexto que se insere esta pesquisa, que se propõe a analisar a efetividade da assistência prestada em saúde mental nas situações de urgência e emergência psiquiátrica nos hospitais gerais do Seridó potiguar, território

correspondente à IV Região de Saúde do estado do Rio Grande do Norte. Como evidenciado por Silva (2023), essa região, embora situada no interior do estado, exerce papel estratégico na organização dos fluxos hospitalares do SUS potiguar, recebendo pacientes de diferentes municípios e centralizando a oferta de alguns serviços especializados.

A escolha pelo Seridó justifica-se, portanto, por sua importância territorial e pelo seu papel na estrutura da rede hospitalar estadual, ao mesmo tempo em que permite observar os desafios enfrentados na assistência à saúde mental em territórios interioranos. Esses desafios envolvem desde a ausência de leitos específicos até a inexistência de protocolos definidos para o atendimento das urgências psiquiátricas, passando pela fragilidade das articulações entre os serviços da RAPS e os componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

A partir disso, a pesquisa se propõe a responder: Qual a eficácia do atendimento às urgências e emergências psiquiátricas em hospitais gerais do Seridó Potiguar? Para responder a essa questão, foi necessário identificar a oferta dos serviços de saúde mental disponíveis no território, mensurar a demanda por internações psiquiátricas em situação de urgência e emergência e analisar os fluxos assistenciais a partir da origem do paciente e do local de internação.

Para alcançar esse objetivo, adotou-se uma abordagem metodológica mista, conforme definido por Creswell (2007), articulando estratégias quantitativas e qualitativas. Os dados quantitativos foram extraídos da plataforma TabNet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio da qual foram identificadas as internações psiquiátricas registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) ao longo de 12 meses, de março de 2024 a fevereiro de 2025. A análise qualitativa, por sua vez, deu-se por meio da leitura crítica desses dados à luz das diretrizes da RAPS, da organização da rede estadual de saúde e do debate sobre a atenção psicossocial.

Foram analisados dados referentes à quantidade e ao tipo de hospitais existentes no estado do Rio Grande do Norte, desagregados por região de saúde e por município. Em seguida, foram identificados os hospitais com leitos psiquiátricos habilitados ou registrados, bem como o número de leitos existentes em cada um deles. Também foi investigado o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) vinculadas a procedimentos em saúde mental, considerando tanto o local de residência do paciente quanto o local de internação.

Essa estratégia metodológica permitiu o cruzamento de dados entre oferta e demanda, possibilitando a identificação de desequilíbrios entre a estrutura existente e o volume de atendimentos realizados. Além disso, a análise dos fluxos intermunicipais de internação psiquiátrica possibilitou observar se os pacientes estão sendo atendidos dentro de sua própria região de saúde ou se há deslocamentos para outras regiões, o que pode indicar falhas na organização regional da rede.

A escolha pelo uso do *TabNet* se justifica por sua acessibilidade e pela amplitude das bases de dados disponíveis. Conforme destaca Barbosa (2019), apesar de limitações quanto à qualidade e à completude de algumas informações, os dados do DATASUS ainda representam uma das principais fontes de análise para o planejamento e o controle social das políticas públicas de saúde.

Com base nos dados obtidos, foi possível construir tabelas e mapas que revelam, de forma comparativa, a distribuição de leitos, os fluxos de internação e a sobrecarga ou o subuso de determinados hospitais. Além disso, as análises foram pautadas pelos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, como o número ideal de leitos por habitante e a cobertura mínima para a implantação de dispositivos da RAPS, como CAPS III e leitos psiquiátricos em hospital geral (BRASIL, 2022).

Dessa forma, esta pesquisa se insere no esforço coletivo de avaliar a organização dos serviços de saúde mental no SUS, com ênfase na análise territorial da oferta hospitalar em contextos regionais. Ao tomar como objeto a IV Região de Saúde do Rio Grande do Norte, busca-se contribuir para a compreensão dos desafios enfrentados pelos hospitais gerais no atendimento às urgências psiquiátricas e, ao mesmo tempo, fortalecer a defesa de uma política de saúde mental pública, universal e territorializada.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos, sendo o primeiro destinado à introdução. O segundo capítulo aprofunda a discussão sobre a RAPS e o papel dos hospitais gerais na rede de atenção. O terceiro capítulo apresenta os procedimentos metodológicos adotados. O quarto capítulo discute os resultados obtidos a partir da análise dos dados e, por fim, o quinto capítulo traz as considerações finais do estudo.

Nesse contexto, apresenta-se revisão dos fundamentos históricos e legais da RAPS, articulando-a à reforma sanitária e psiquiátrica. Além disso, detalha-se a estrutura da rede, seus componentes e dispositivos, com ênfase no papel dos hospitais gerais como pontos estratégicos de acolhimento em crises psíquicas, assim como é feita análise das diretrizes da política de saúde mental e da RUE, destacando

os limites da implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, especialmente nas regiões interioranas.

A abordagem metodológica adotada, de natureza exploratória e descritiva, toma como base o uso de dados secundários extraídos do SIH/SUS por meio da plataforma *TabNet/DATASUS*. Os dados trabalhados referem-se, exclusivamente, à realidade do Rio Grande do Norte em um recorte temporal de 12 meses (março de 2024 a fevereiro de 2025). O uso do SIH como base válida, ainda que com limitações, permitiu observar os fluxos de internação psiquiátrica por território e a efetividade da rede. Mostra - se a escassez de leitos psiquiátricos no interior do Rio Grande do Norte, em especial na IV Região de Saúde, o que deixa evidente a concentração de serviços em regiões centrais e os deslocamentos intermunicipais de pacientes em busca de internação.

Destaca-se, portanto, a contradição entre a demanda por cuidados em saúde mental e a insuficiência da estrutura regional. Diante do exposto, observa-se a necessidade de reorganização da rede regional, com habilitação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e qualificação profissional, o que já está previsto pelo planejamento estadual para a saúde até o ano de 2027, mas cuja efetivação depende de ações concretas e investimentos sustentados.

## 2. O HOSPITAL GERAL E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é composta por uma diversidade de dispositivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), as Unidades de Acolhimento (UA), as equipes multiprofissionais na atenção básica, os leitos em hospitais gerais e os serviços de urgência, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA)s e o Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Esses serviços, embora distintos em suas funções, devem operar de forma articulada, respeitando a singularidade dos sujeitos e assegurando a continuidade do cuidado.

A lógica da rede exige que o atendimento não se restrinja a um ponto específico, mas que os usuários possam circular entre os diferentes dispositivos, de acordo com suas necessidades, com apoio de um projeto terapêutico singular construído em equipe.

Dentro dessa rede, o hospital geral assume um papel estratégico, especialmente no que se refere ao atendimento das urgências e emergências em saúde mental. Ao contrário do modelo anterior, em que essas situações eram direcionadas exclusivamente aos hospitais psiquiátricos, a proposta da RAPS é que o cuidado aconteça preferencialmente em serviços comunitários e, quando necessário, em leitos psiquiátricos inseridos em hospitais gerais.

Essa mudança representa não apenas uma descentralização do cuidado, mas também uma tentativa de romper com o isolamento e o estigma historicamente associados à internação psiquiátrica. O hospital geral, nesse contexto, deve ser reconhecido como um ponto de atenção da RAPS, capacitado para acolher e tratar a crise psíquica de forma integrada ao restante da rede, evitando internações prolongadas e promovendo a articulação com os demais serviços. Com isso, reafirma-se o compromisso da política de saúde mental com o cuidado em liberdade e com o direito de todos os cidadãos a um tratamento digno, ético e territorialmente inserido.

Este capítulo se propõe a definir não apenas a RAPS como um arranjo estratégico de serviços e ações em saúde mental que integra diferentes níveis de atenção do SUS, destacando o papel dos hospitais gerais. Para isso, é necessário, antes, retornar aos processos que marcaram a estruturação da política pública de saúde no Brasil.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado da Reforma Sanitária e consolidada na Constituição de 1988, estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Foi esse processo que abriu espaço para a construção de redes regionais de atenção à saúde, baseadas nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade.

A partir desse marco, tornou-se possível pensar políticas específicas, como a de saúde mental, em conformidade com uma lógica territorial, descentralizada e intersetorial. A RAPS, portanto, deve ser compreendida como parte constitutiva do SUS e como consequência direta dos princípios organizativos que o sustentam.

Mas não é apenas à Reforma Sanitária que a RAPS se vincula. A formulação da Rede de Atenção Psicossocial também é resultado da Reforma Psiquiátrica, movimento que denunciou a lógica manicomial, propôs o cuidado em liberdade e reivindicou o reconhecimento do sofrimento psíquico como questão de cidadania e não de exclusão. Ao propor a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços territorializados e comunitários, a Reforma Psiquiátrica brasileira se alinha às transformações estruturais promovidas pelo SUS.

Assim, compreender a RAPS exige compreender os fundamentos que sustentam essas duas reformas — sanitária e psiquiátrica — e reconhecer que a articulação entre ambas foi o que permitiu a construção de uma política de saúde mental que rompe com o isolamento institucional e busca garantir cuidado, vínculo e dignidade no território onde as pessoas vivem.

## **2.1. Da Reforma Sanitária à Reforma Psiquiátrica: entendendo a origem da RAPS**

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é resultado direto do movimento da Reforma Sanitária, iniciado na década de 1970, como resposta a um sistema excludente que favorecia os trabalhadores formais e negligenciava os demais. Tal movimento reivindicava a saúde como direito social, pautando-se em justiça e participação popular (Paim, 2003).

O fortalecimento da Reforma Sanitária ocorreu com a fundação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, em 1976, e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, em 1979. Ambas desempenharam papel crucial nos debates que culminaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, considerada um marco na elaboração das bases do SUS (Escorel, 1999). Dois anos depois, a Constituição Federal de 1988 consagrou os princípios da Reforma

Sanitária, definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme disposto a seguir.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Após a redemocratização, por fim, a regulamentação do SUS ocorreu por meio das Leis nº 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que definiram a organização do sistema e garantiram mecanismos de controle social e repasse financeiro entre entes federados (Brasil, 1990).

Três princípios fundamentais orientam o SUS: a universalidade, que garante o acesso de todos; a equidade, que propõe distribuição de recursos conforme desigualdades; e a integralidade, que pressupõe um cuidado que integra ações preventivas e curativas (Ministério da Saúde, 2015). Para que esses princípios se concretizem, o SUS segue as diretrizes da descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular, com responsabilidades distribuídas entre União, estados e municípios (Narvai, 2022).

Destaca-se, porém, que a implementação das diretrizes do SUS enfrentou desafios, como a resistência do setor privado e a ênfase inicial na municipalização em detrimento de uma regionalização mais sólida (Feitosa, 2013). Assim, como resposta à fragmentação dos serviços, foi formulado o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que propõem uma articulação entre os serviços em diferentes níveis de atenção (Ministério da Saúde, 2010).

O Decreto nº 7.508/2011 definiu as regiões de saúde como unidades que devem garantir ações em cinco componentes: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, especializada e vigilância em saúde (Brasil, 2011). Enquanto isso, a RAS organiza-se a partir de três subsistemas principais: Atenção

Primária à Saúde (APS), Rede de Urgência e Emergência (RUE) e Atenção Extra-Hospitalar, integrando os serviços e promovendo a continuidade do cuidado.

A APS é o ponto de entrada do SUS e se constitui por unidades como as UNIDADES Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), os quais de responsabilidade municipal (Vieira e Benevides, 2016). Já a RUE é composta por serviços como o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais, que atuam no atendimento de média e alta complexidade, especialmente em áreas urbanas com maior concentração populacional (Ministério da Saúde, 2013). Além disso, a Atenção Extra-Hospitalar inclui serviços como atenção domiciliar, cuidados paliativos e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), direcionados sobretudo à população idosa, promovendo a continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar.

Diante da variedade de serviços, a regionalização torna-se fundamental para a distribuição racional dos serviços no território. Como afirmam Viana e Lima (2011), esse processo depende de pactos interfederativos e planejamento técnico com foco na equidade. Com isso, a lógica da regionalização se baseia na articulação entre os chamados fixos (equipamentos e unidades) e fluxos (deslocamentos populacionais), em que os hospitais desempenham papel central na estruturação dos serviços de saúde, como afirmam Santos e Silveira, 2020.

Com a instituição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001-2002), foi possível fortalecer a regionalização dos serviços de saúde, o que se consolidou com o Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/2006), o qual estabeleceu diretrizes para a territorialização e integração da rede (Brasil, 2006). Estabelece-se, assim, que a RAS deve operar de forma horizontalizada, respeitando especificidades territoriais e epidemiológicas, com o objetivo de superar a fragmentação e ampliar a resolutividade dos serviços, inclusive aqueles direcionados à saúde mental, os quais, por sua vez, constituem uma rede temática dentro da RASs, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A constituição do SUS como política pública universal rompeu com a lógica excludente do sistema anterior (Paim, 2003). Entretanto, o campo da saúde mental exigiu um processo de transformação específico, articulado às mudanças gerais do SUS, mas com desafios próprios, como o enfrentamento ao modelo asilar-psiquiátrico (Amarante, 2015).

Assim como a Reforma Sanitária lutou pela universalidade do acesso à saúde (Escorel, 1999), a Reforma Psiquiátrica Brasileira propôs a superação da lógica manicomial, priorizando o cuidado em liberdade e o respeito aos direitos humanos (Amarante, *op. cit.*). Ambas compartilham a crítica à medicalização excessiva e à fragmentação da assistência, bem como a defesa de um sistema público, integral e regionalizado.

A institucionalização da Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorre, principalmente, com a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

A desinstitucionalização, um dos principais eixos da reforma, implica não apenas a extinção de leitos psiquiátricos, mas sobretudo a reconstrução das práticas de cuidado, centradas no território e na convivência social. Essa transformação demandou a reconfiguração dos dispositivos de saúde mental, bem como uma mudança na cultura dos profissionais, que devem atuar com escuta sensível, vínculo e corresponsabilização (Rotelli, 1992), como exposto no Quadro 01.

**Quadro 01: comparação entre os modelos de Cuidado em saúde mental pré e pós Reforma Psiquiátrica**

ASPECTO	MODELO ASILAR (PRÉ-REFORMA)	MODELO PSICOSSOCIAL (PÓS-REFORMA)
Concepção sobre definição de saúde mental	Doença mental compreendida como desvio patológico	Processo subjetivo resultante de um histórico biológico, psíquico e social
Local de cuidado	Hospitais psiquiátricos	Múltiplas unidades de cuidado distribuídas com base em características comunitárias e territoriais
Objetivo do cuidado	Confinamento e controle	Cuidado e reintegração social
Relação com a comunidade	Isolamento do sujeito	Inserção e protagonismo social
Enfoque terapêutico	Biomédico e medicalizante	Multidimensional e terapias integradas
Direitos dos usuários	Frequentemente violados	Centrado na cidadania e nos direitos humanos

Atores principais	Médico	Equipe multiprofissional e usuário
Bases legais	Código penal e lógica manicomial	Lei 10.216 e políticas do SUS

Fonte: elaborado pela autora.

Com o avanço da reforma, foi necessária a consolidação de uma rede de serviços substitutivos. Em 2011, foi instituída a RAPS, por meio da Portaria nº 3.088, com o objetivo de organizar e integrar os pontos de atenção à saúde mental no SUS. A RAPS contempla uma diversidade de dispositivos, como os CAPS, as Unidades de Acolhimento, os Serviços Residenciais Terapêuticos, as equipes multiprofissionais na atenção básica e os leitos em hospitais gerais (Brasil, 2011), o que está melhor detalhado no próximo subtópico.

## 2.2. Estruturação e funcionamento da RAPS

A lógica da RAPS está fundamentada em princípios como a continuidade do cuidado, a territorialização, a intersetorialidade e o protagonismo dos usuários. Diferentemente da lógica manicomial, em que o sujeito era retirado de seu meio social, a RAPS propõe que o cuidado se dê em seu contexto de vida, com apoio da família, da comunidade e das políticas públicas (Delgado, 2013).

De acordo com o Instrutivo Técnico da RAPS, a rede é composta por

(...) um conjunto de diferentes serviços e ações organizados no território que, articulados, formam uma rede plural e integrada. Estes devem ser capazes de dar resposta às demandas e necessidades, desde as mais simples às mais complexas e graves, apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares (BRASIL, 2022, p. 10).

Diante disso, a RAPS não é uma estrutura homogênea. Ela é formada por múltiplos dispositivos distribuídos em sete componentes: atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar, atenção às urgências e emergências, atenção residencial de caráter transitório, serviços de desinstitucionalização e ações de reabilitação psicossocial. Cada componente responde a demandas específicas e tem papel estratégico na composição de uma rede integral.

Entre os dispositivos que compõem a RAPS, destacam-se: (i) a Atenção Básica em Saúde, incluindo as Equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família; (ii) os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas

modalidades (CAPS I, II, III, AD, AD III, CAPSi); (iii) os serviços de atenção residencial transitória, como as Unidades de Acolhimento; (iv) os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); (v) as ações de reabilitação psicossocial por meio de projetos culturais e de geração de renda; (vi) os serviços de urgência e emergência, como o SAMU e as UPAs e (vii) os leitos de saúde mental em hospitais gerais (Quadro 02).

**Quadro 02: distribuição dos serviços e unidades da RAPS**

NÍVEL DE ASSISTÊNCIA	TIPO DE ATENÇÃO	SERVIÇOS/UNIDADES	OBJETIVOS
PRIMÁRIA	Atenção Básica	Unidades de Saúde da Família (USF)	Promoção, prevenção, cuidado longitudinal, vinculação e identificação precoce do sofrimento psíquico
	Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, AD, AD III, CAPSi)	Atenção contínua e intensiva para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive, relacionados a álcool e outras drogas
SECUNDÁRIA	Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidades de Acolhimento (Adulto e Infantojuvenil)	Oferecer moradia provisória com acompanhamento clínico e psicossocial durante o tratamento
	Atenção Hospitalar	Leitos de saúde mental em hospitais gerais, serviços hospitalares psiquiátricos em geral	Intervenção em crise com internação breve, articulada à rede psicossocial
TERCIÁRIA	Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Benefício de Prestação Continuada (BPC)	Reinserção de usuários egressos de longas internações em hospitais

<b>NÍVEL DE ASSISTÊNCIA</b>	<b>TIPO DE ATENÇÃO</b>	<b>SERVIÇOS/UNIDADES</b>	<b>OBJETIVOS</b>
TRANSVERSAL (ATUA EM TODOS OS NÍVEIS, COM ÊNFASE CO SECUNDÁRIO E REABILITAÇÃO TERCIÁRIA)	Reabilitação Psicossocial	Centros de Convivência, Oficinas de geração de renda, Projetos culturais e de inclusão	psiquiátricos na comunidade  Promoção da cidadania, autonomia e inserção social e produtiva dos usuários

Fonte: elaborado pela autora.

Na atenção básica, as Equipes de Saúde da Família, as UBSs e as Equipes de Consultório na Rua atuam como porta de entrada da RAPS. Esses serviços têm como foco a prevenção, o cuidado longitudinal e o acompanhamento de casos leves e moderados. São, portanto, fundamentais para a escuta inicial e para a construção de vínculos.

Já a atenção especializada está centrada nos CAPS e nas Equipes Multiprofissionais (eMAESM). Os CAPS, estruturados conforme o tamanho populacional e a demanda (Caps I, II, III, AD e infantil), são serviços de referência para o acompanhamento intensivo e o manejo da crise, especialmente para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

No componente hospitalar, os leitos em hospitais gerais, os hospitais psiquiátricos e os hospitais-dia compõem a retaguarda clínica da rede. A prioridade é o uso de leitos em hospitais gerais, conforme preconizado pela Lei nº 10.216/2001, que recomenda a internação apenas em último caso e por tempo reduzido. Conforme o Instrutivo, “os leitos de saúde mental em enfermaria especializada em Hospitais Gerais (HG) são serviços de retaguarda para a Rede de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2022, p. 21).

O atendimento às urgências é garantido por serviços como SAMU, UPAs, prontos-socorros e salas de estabilização, todos articulados com a RAPS. Além deles, os CAPS III e AD III cumprem papel crucial na gestão da crise, por funcionarem 24 horas e contarem com leitos de observação.

As Unidades de Acolhimento (UA) e as Comunidades Terapêuticas (CTs) oferecem cuidado transitório em situações de ruptura de vínculos sociais. Essas unidades têm tempo de permanência limitado e estão vinculadas a um projeto

terapêutico singular, sob responsabilidade dos CAPS. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa De Volta Para Casa (PVC) estruturam o componente da desinstitucionalização. Os SRTs são moradias assistidas permanentes, destinadas a pessoas com longa permanência em hospitais psiquiátricos. Seu objetivo é promover autonomia, convivência comunitária e cidadania.

A distribuição desses serviços segue os princípios da regionalização e territorialização do SUS. Segundo o Decreto nº 7.508/2011, as regiões de saúde devem ofertar serviços e ações em todos os níveis de complexidade, respeitando as especificidades epidemiológicas e geográficas.

O Instrutivo detalha os critérios populacionais para implantação dos CAPS:

Caps I para população acima de 15 mil habitantes; Caps II, Caps I e Caps AD II para população acima de 70 mil; Caps III e Caps AD III para população acima de 150 mil habitantes; e Caps AD IV para municípios com mais de 500 mil habitantes (BRASIL, 2022, p. 15).

A territorialização define, também, como esses serviços se articulam entre si e com outras redes de cuidado, assegurando que o acesso à saúde mental não esteja condicionado apenas à oferta, mas também à construção de fluxos regionais responsivos. O hospital geral, nesse contexto, deixa de ser um ponto isolado e passa a integrar a RAPS como dispositivo de apoio especializado, como descreve o tópico a seguir.

### **2.3. O papel dos Hospitais Gerias no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas**

O hospital geral, enquanto unidade de média e alta complexidade do SUS, integra a RAS e, especificamente, a RAPS, desempenhando papel fundamental na retaguarda clínica de casos agudos e graves de sofrimento mental. Sua atuação se relaciona diretamente com o princípio da integralidade do SUS e com a necessidade de uma resposta efetiva às urgências e emergências em saúde mental (BRASIL, 2022).

Além de sua inserção na RAPS, o hospital geral também constitui um ponto estratégico da Rede de Atenção às Urgências (RUE), conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). A RUE é composta por uma variedade de serviços, como o SAMU, as UPAs e as portas hospitalares de urgência,

sendo os hospitais gerais componentes essenciais na garantia da continuidade do cuidado, inclusive para os agravos em saúde mental (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, o hospital geral deve atuar de forma articulada com os demais dispositivos da RUE e da RAPS, acolhendo os casos de urgência e emergência com vistas à estabilização clínica e à posterior vinculação do usuário aos pontos de atenção psicossocial. Segundo o Ministério da Saúde, “os hospitais gerais constituem-se como unidades de referência para o cuidado integral das pessoas em sofrimento psíquico, devendo contar com equipes capacitadas, fluxos definidos e retaguarda articulada à rede” (BRASIL, 2022, p. 24).

Tratam-se de equipamentos de saúde que oferecem atendimento multiprofissional para múltiplas especialidades clínicas e cirúrgicas, diferente dos hospitais especializados, que se dedicam a uma única área. O hospital geral é caracterizado por sua natureza polivalente e por ser, frequentemente, a referência regional no atendimento às urgências de diversas origens.

No âmbito da RAPS, o hospital geral se configura como ponto de atenção de alta complexidade, sendo indicado para os casos em que os demais dispositivos da rede não conseguem garantir o cuidado. A Lei nº 10.216/2001 estabelece que as internações psiquiátricas devem ocorrer preferencialmente em unidades gerais de saúde, evitando o retorno ao modelo asilar.

O atendimento às urgências e emergências é regulado pela PNAU (BRASIL, 2003), que conceitua 'urgência' como situação clínica de agravamento sem risco iminente de vida, mas que exige atendimento imediato, e 'emergência' como situação que implica risco iminente de morte, demandando intervenção imediata.

Aplicando esses conceitos à saúde mental, a urgência psiquiátrica refere-se a quadros de sofrimento psíquico intenso, que não colocam a vida do sujeito em risco imediato, mas exigem resposta ágil da rede. A emergência psiquiátrica, por sua vez, envolve situações como risco de suicídio, tentativa de autoextermínio, heteroagressividade grave, delírios agudos ou estados confusionais (JESUS et al., 2023).

Destaca-se que a distribuição de leitos de saúde mental nos hospitais gerais segue orientações da RAPS e deve estar articulada com a lógica da regionalização do SUS. O Instrutivo Técnico da RAPS (BRASIL, 2022) define que esses leitos devem funcionar em enfermarias especializadas, com equipe de referência em saúde mental e articulação com os demais pontos da rede.

Além disso, a distribuição desses leitos leva em consideração o tamanho populacional, a existência de CAPS III na região e os fluxos de urgência psiquiátrica locais. A Portaria GM/MS nº 3.088/2011 preconiza a existência de ao menos um leito psiquiátrico em hospital geral para cada 23 mil habitantes. Em termos de dimensionamento, o cálculo proposto pelo Ministério da Saúde é de 0,45 leitos psiquiátricos em hospital geral para cada 10 mil habitantes (BRASIL, 2022). Esse parâmetro busca garantir a retaguarda clínica nos territórios sem necessidade de recorrer a hospitais psiquiátricos.

Além dos leitos, o hospital geral deve contar com equipe multiprofissional capacitada para o manejo da crise. Segundo Botega (2017), o atendimento adequado exige uma equipe treinada em escuta qualificada, abordagem psicodinâmica, gestão do risco e conhecimento dos fluxos da rede. Assim, a equipe deve ser composta, minimamente, por médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social e técnicos de enfermagem, além de profissionais de apoio como terapeuta ocupacional e farmacêutico. O trabalho em equipe é fundamental para garantir a abordagem integral.

Conforme o documento Atendimento pré-hospitalar em saúde mental (BRASIL, 2021), a urgência em saúde mental exige que os profissionais saibam reconhecer sinais de crise, acolher com escuta empática e manejar o sofrimento psíquico com intervenções não coercitivas. A escuta clínica, a desmedicalização e o respeito à singularidade do sujeito devem orientar o cuidado no hospital geral. A meta é evitar internações desnecessárias, garantir desospitalização precoce e articular o cuidado com os dispositivos da RAPS, como os CAPS e os serviços residenciais terapêuticos.

Em muitos territórios do país, o hospital geral é o único equipamento de referência para atendimento a crises psíquicas, o que reforça a necessidade de qualificar suas equipes e garantir estrutura adequada para atendimento humanizado.

Isso posto, conforme destaca Botega (2017), o hospital geral ocupa uma posição privilegiada ao fornecer, além do acolhimento clínico, a possibilidade de integrar a saúde mental ao cuidado global em situações agudas, considerando comorbidades, condutas multidisciplinares e possibilidade de internação breve. Porém, como o Instrutivo Técnico da RAPS também destaca, há dificuldades enfrentadas nos territórios menos estruturados, de modo que:

Ainda há inúmeras regiões com grandes vazios assistenciais, especialmente em territórios mais distantes dos grandes centros

urbanos, onde os serviços hospitalares funcionam com baixa articulação com a rede e sem protocolos de ação que garantam o fluxo assistencial adequado ao usuário (BRASIL, 2022, p. 27).

(...)

A implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais em territórios do interior exige, além de estrutura física, uma mudança na cultura institucional, com formação de equipes capacitadas e comprometidas com o cuidado em liberdade. Sem isso, há risco de reprodução de práticas manicomiais em espaços que deveriam atuar segundo os princípios da reforma (BRASIL, 2022, p. 33).

Essa necessidade é ainda mais evidente quando se observa a realidade dos hospitais gerais localizados no interior do semiárido nordestino, onde a oferta de leitos é insuficiente e, muitas vezes, inexistente. Conforme aponta Silva (2023), o atendimento à urgência psiquiátrica nessas regiões é marcado por lacunas estruturais, pois as “unidades hospitalares não estão distribuídas de forma estratégica” (p.67).

O hospital geral deve ser compreendido como componente da RAPS, não como ponto isolado. Sua inserção exige articulação com a RUE (Rede de Urgência e Emergência) e com a APS (Atenção Primária), garantindo continuidade do cuidado após a alta. Desse modo, é possível questionar se, no que diz respeito aos atendimentos a urgências e emergências psiquiátricas, os hospitais gerais mostram a devida efetividade, em especial, nos municípios do interior do nordeste brasileiro, como aqueles que compõem a região do Seridó Potiguar, cuja importância fica evidente no trabalho de Silva *op. cit.*, onde o principal município seridoense, Caicó/RN, como aquele com 4º maior número de fluxos hospitalares em todo o Rio Grande do Norte.

### 3. METODOLOGIA

A presente investigação caracterizou-se como uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva, com abordagem mista, combinando estratégias quantitativas e qualitativas. Conforme Gil (2019), a pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema investigado, tornando-o mais explícito. Já a pesquisa descritiva busca caracterizar determinado fenômeno ou a relação entre variáveis com precisão e sistematização.

A abordagem metodológica adotada segue a perspectiva de Creswell (2007), que define a pesquisa de métodos mistos como aquela que “envolve a coleta, análise e integração de dados quantitativos e qualitativos em um único estudo ou em estudos interligados” (CRESWELL, 2007, p. 21). Nesse sentido, a dimensão quantitativa do trabalho foi expressa na análise de dados estatísticos extraídos do DATASUS, por meio do *TabNet*<sup>1</sup>, enquanto a dimensão qualitativa esteve presente na interpretação crítica e contextual dos resultados.

O objeto de estudo desta pesquisa consistiu na assistência prestada às urgências e emergências psiquiátricas em hospitais gerais localizados no Seridó Potiguar, território que corresponde à IV Região de Saúde do estado do Rio Grande do Norte. A escolha desta área justifica-se por sua expressiva centralidade no contexto da rede urbana do semiárido nordestino e por apresentar, como evidenciado por Silva (2023), fluxos hospitalares significativos mesmo em relação a outras regiões do estado.

A análise concentrou-se em mensurar e interpretar a efetividade da oferta hospitalar em saúde mental voltada a situações de urgência e emergência, considerando os recursos disponíveis em hospitais gerais da região e a demanda por internações em saúde mental. Para tanto, foi necessário identificar os estabelecimentos hospitalares com habilitação de oferta de leitos psiquiátricos e analisar o fluxo de internações por município de residência e por local de atendimento.

---

<sup>1</sup> O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) é o setor do Ministério da Saúde responsável por coletar, processar, armazenar e disseminar informações sobre a saúde pública no Brasil. Suas bases de dados são amplamente utilizadas em pesquisas acadêmicas, avaliações de políticas públicas e monitoramento da gestão em saúde. Dentre as ferramentas oferecidas pelo DATASUS, destaca-se a plataforma TabNet, que permite a tabulação interativa de dados de diversos sistemas de informação, como o SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares), o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), entre outros. A plataforma está disponível para acesso público no endereço: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10br.def>.

A pesquisa utilizou como base de dados o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponível na plataforma do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Para a extração, organização e análise dos dados, utilizou-se a ferramenta *TabNet*, disponibilizada pelo próprio DATASUS, cuja interface permite a construção de tabelas customizadas a partir de arquivos previamente disponibilizados em formato DBF (IPEA, 2019).

A opção pelo uso da base de dados do SIH/SUS deve-se ao fato de que esse sistema registra todas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) financiadas pelo SUS. Cada AIH corresponde a um procedimento hospitalar autorizado, sendo possível identificar, por meio dela, o diagnóstico principal, o procedimento realizado, a unidade hospitalar responsável pela internação e o município de residência do paciente.

É necessário ressaltar que problemas na qualidade dos dados da plataforma DATASUS, como a subnotificação das informações por parte das unidades de saúde, associados a grandes quantidades de sistemas e volume de informações, dificultam a identificação e tabulação de dados (Barbosa, 2019). Ainda assim, reconhece-se o potencial dessas bases para o desenvolvimento de análises criteriosas, desde que as limitações sejam consideradas no processo interpretativo.

O recorte temporal definido para o levantamento de dados corresponde ao período de março de 2024 a fevereiro de 2025, totalizando doze meses consecutivos. Esse intervalo foi estabelecido com o objetivo de refletir a dinâmica mais recente da assistência hospitalar em saúde mental na região, considerando o impacto das diretrizes pós-pandemia e as atualizações no Plano Estadual de Saúde.

Inicialmente, foram extraídos dados referentes à quantidade total de estabelecimentos cadastrados em todo o estado do Rio Grande do Norte, desagregados por região de saúde e por município. Essa etapa permitiu a caracterização do cenário referente aos estabelecimentos de saúde mental, evidenciando a distribuição territorial dos mesmos.

Na sequência, foram identificados os leitos reservados para o atendimento em saúde mental, com base nas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Essa identificação incluiu a distinção entre leitos habilitados pelo Ministério da Saúde e leitos apenas registrados na base de dados, mas não habilitados para o uso específico em saúde mental.

Além do número de leitos, também foram analisadas as características dos hospitais gerais com oferta psiquiátrica, como sua esfera administrativa (municipal, estadual ou federal), tipo de gestão (direta ou terceirizada) e porte assistencial.

Com o intuito de avaliar a efetividade da assistência prestada, foram extraídas informações sobre as AIHs registradas no período da pesquisa, tanto por local de internação quanto por município de residência dos usuários. A partir desses dados, tornou-se possível comparar a origem da demanda com a localização da oferta hospitalar em saúde mental.

Esse cruzamento de informações permitiu identificar situações em que pacientes da IV Região de Saúde foram internados em outras regiões, bem como os casos em que hospitais da IV Região absorveram demandas externas, revelando, assim, os desequilíbrios entre oferta e demanda no território potiguar.

A análise também levou em consideração os procedimentos classificados no SIH/SUS como “urgência psiquiátrica”, envolvendo, entre outros, surtos psicóticos, episódios depressivos graves, tentativas de suicídio e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) foram utilizados como referência para a categorização dos diagnósticos.

Destaca-se que a escolha metodológica por dados secundários permitiu uma cobertura abrangente do fenômeno, viabilizando o mapeamento estadual da assistência sem a necessidade de entrevistas ou visitas institucionais. Essa decisão considerou as restrições operacionais do projeto, mas não comprometeu a relevância dos achados.

Como salienta Lima *et al.* (2022), ao tratar da análise de AIHs por quedas em idosos, “as informações do SIH/SUS são úteis para o planejamento de políticas públicas, desde que consideradas suas limitações, como subnotificações ou inconsistências no preenchimento das AIHs” (Lima *op. cit.*, 2022, p. 2). A presente pesquisa considerou tais aspectos no processo analítico.

O uso de dados públicos disponíveis na internet, como os extraídos do *TabNet*, reforça o compromisso ético da pesquisa com a transparência e a reprodutibilidade dos métodos. Todos os dados utilizados foram obtidos de bases abertas, acessíveis a qualquer cidadão.

A partir da análise dos dados, foi possível construir materiais que detalham a realidade regional referente ao acesso à internação psiquiátrica em situação de

urgência. Esses achados subsidiam reflexões críticas sobre a alocação de recursos e a organização dos serviços no âmbito do SUS.

Vale ressaltar que, embora os dados do SIH/SUS tenham ampla abrangência, eles apresentam limitações quanto à especificidade clínica e à completude das informações. Tais limitações foram consideradas nas inferências e discussões dos resultados, conforme orientações metodológicas sobre o uso de dados secundários em saúde.

O estudo procurou respeitar os princípios da ética em pesquisa, mesmo tratando-se de levantamento com dados públicos. Não houve coleta de dados pessoais identificáveis, nem contato direto com usuários ou profissionais da saúde.

A opção pela metodologia aqui descrita demonstra a possibilidade de realizar diagnósticos situacionais de saúde mental a partir de sistemas nacionais de informação, contribuindo para o planejamento e a avaliação de políticas públicas no campo da saúde coletiva.

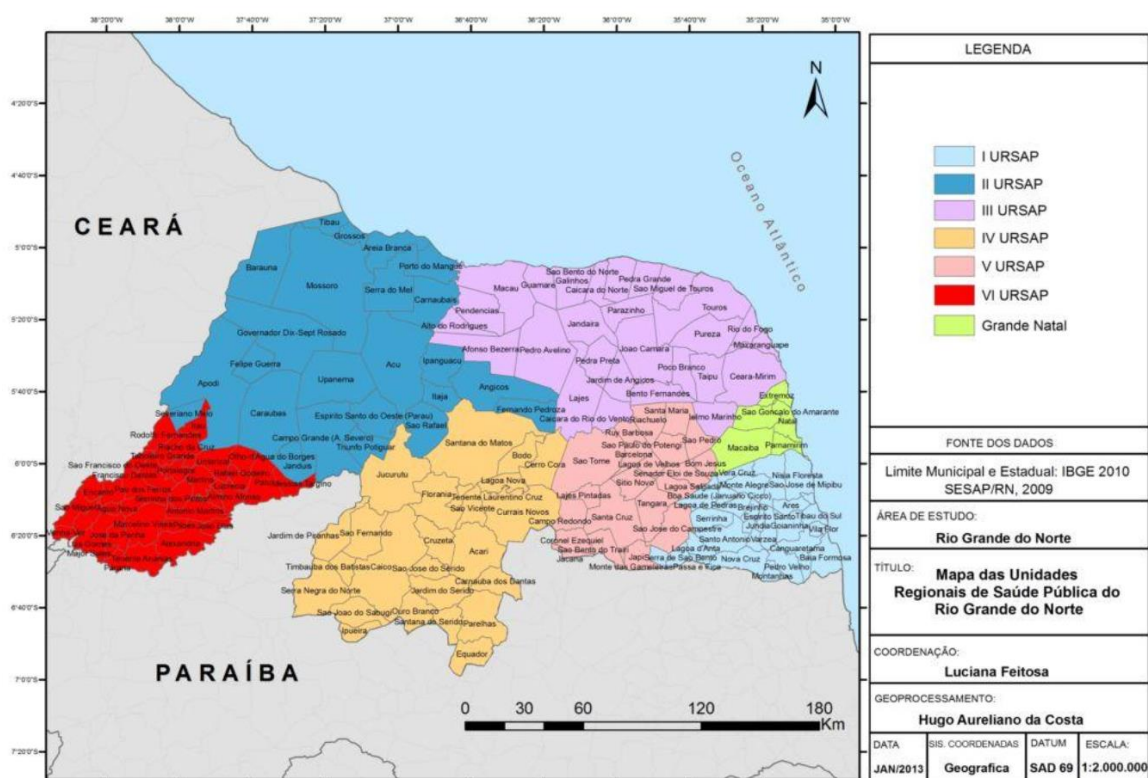
Dessa forma, a metodologia adotada cumpriu seu propósito de oferecer um panorama detalhado da assistência hospitalar em saúde mental no Seridó potiguar, com ênfase nas situações de urgência e emergência, permitindo identificar não apenas a estrutura existente, mas também os fluxos assistenciais e as lacunas ainda presentes no sistema, os quais são apresentados no próximo capítulo.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 A realidade da RAPS no Rio Grande do Norte

A atual configuração da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Rio Grande do Norte encontra-se organizada em oito Regiões de Saúde, que são articuladas em duas macrorregiões: a Macrorregião I, cuja sede é Natal, e a Macrorregião II, com sede em Mossoró (Rio Grande do Norte, 2020). Essas divisões regionais têm como referência as Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs), estruturas operacionais da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP/RN) que atuam na gestão intermediária das políticas de saúde no território potiguar (Figura 01). Cada uma das oito Regiões de Saúde possui características demográficas, epidemiológicas e estruturais distintas, refletindo desigualdades históricas no acesso aos serviços de saúde especializados, o que impacta diretamente a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado.

**Figura 01: mapa de delimitação das URSAPs**



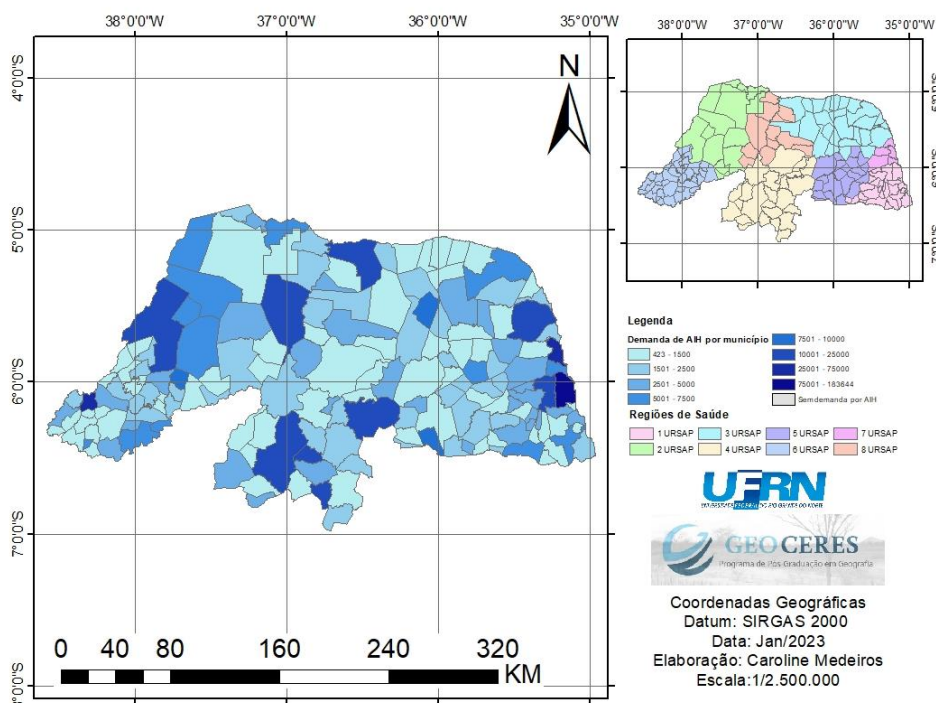
Fonte: Feitosa (2013)

A I Região de Saúde, correspondente à região metropolitana de Natal, é a que apresenta maior concentração de serviços de saúde de alta e média complexidade,

funcionando como polo centralizador não apenas para os municípios do seu entorno, mas também para fluxos provenientes de outras regiões. Isso se deve, entre outros fatores, à presença de hospitais universitários, centros de especialidades e uma estrutura consolidada de atenção hospitalar e ambulatorial. A sobrecarga dos serviços dessa região, no entanto, demonstra que a centralidade da capital tem como efeito colateral a pressão sobre seus equipamentos de saúde, o que pode comprometer a resolutividade da atenção em saúde mental, sobretudo nas situações de urgência e emergência psiquiátrica.

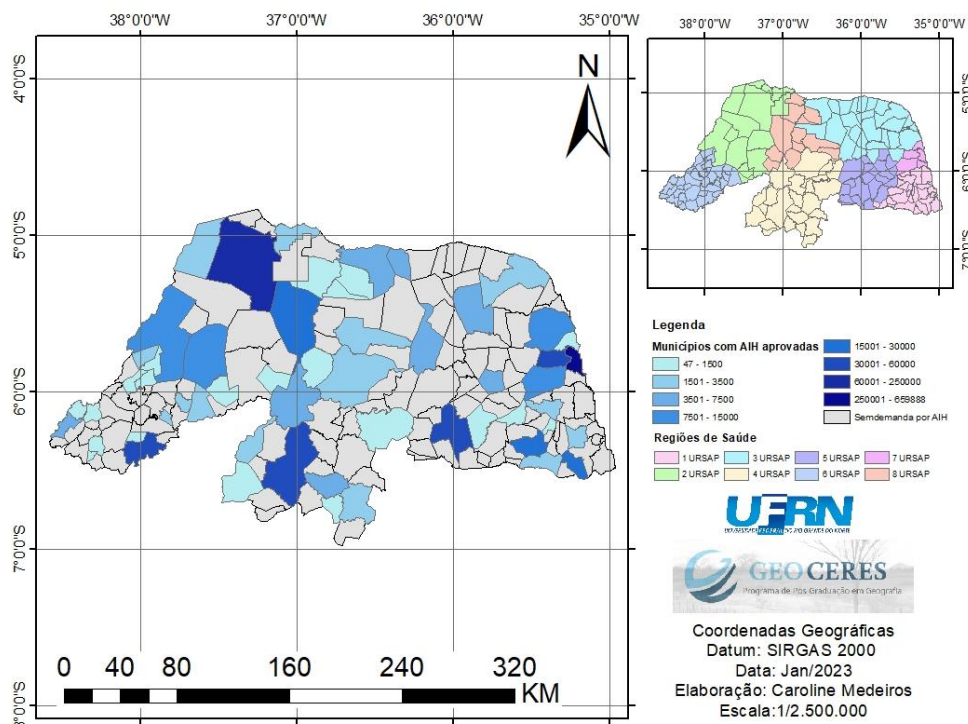
As Regiões de Saúde II, III e IV, localizadas no interior do estado, enfrentam desafios significativos na garantia do cuidado em rede. Na IV Região de Saúde, por exemplo, situada no Seridó potiguar e com sede em Caicó, há uma concentração importante de fluxos intermunicipais em saúde, o que evidencia seu papel como polo microrregional de referência. Essa região desempenha função estratégica dentro da rede hospitalar estadual, concentrando demandas de internação hospitalar e de atendimento em situações de crise (Figuras 02 e 03).

**Figura 02: mapa de AIH feitas por local de solicitação nos municípios no Rio Grande do Norte**



Fonte: Silva (2023)

**Figura 03: mapa de AIH por local de aprovação nos municípios no Rio Grande do Norte**



Fonte: Silva (2023)

Com a promulgação da Lei nº 11.671/2024, que institui o Plano Plurianual Participativo (PPA) do Rio Grande do Norte para o quadriênio 2024-2027, o estado passou a adotar uma abordagem mais estruturada e participativa para o planejamento de suas políticas públicas em saúde. O PPA estabelece diretrizes e metas com foco na regionalização, na eficiência e na qualidade dos serviços, assumindo o território como espaço privilegiado de pactuações sociais e de implementação das ações governamentais (Rio Grande do Norte, 2024).

Dentre os eixos estratégicos definidos no PPA 2024-2027, destaca-se a saúde como prioridade transversal, articulada aos objetivos do desenvolvimento sustentável e à promoção de políticas públicas voltadas à equidade e à justiça social. Nesse contexto, a SESAP elaborou o Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027 com base em diagnósticos territoriais, oficinas com gestores regionais e participação de conselhos de saúde, resultando em um planejamento orientado por indicadores de desempenho, metas regionais e foco na resolutividade da atenção (Rio Grande do Norte, *op. cit.*).

O PES define que a expansão e a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial serão prioritárias em todas as regiões do estado. A meta estabelecida é

atingir 100% de cobertura da RAPS até 2027, com a implantação de CAPS, leitos de saúde mental em hospitais gerais, serviços residenciais terapêuticos e unidades de acolhimento. Para isso, o planejamento prevê ações como a aquisição de equipamentos, a formação continuada de profissionais, a ampliação da articulação intersetorial e o fortalecimento da regulação estadual em saúde mental (Rio Grande do Norte, 2023).

A lógica territorial do planejamento estadual está fundamentada na compreensão de que a saúde mental não pode ser fragmentada nem tratada como eixo isolado da política de saúde. Assim, os serviços da RAPS são concebidos como componentes essenciais das Redes de Atenção à Saúde (RAS), devendo dialogar com os dispositivos da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Rede de Urgência e Emergência (RUE). A articulação entre esses níveis de atenção é apontada como condição indispensável para a efetividade do cuidado, principalmente em contextos de crise.

No entanto, a realidade atual aponta para desigualdades significativas entre as regiões de saúde quanto à disponibilidade e ao funcionamento dos dispositivos que compõem essa rede. Em especial, os serviços voltados ao atendimento de urgências e emergências psiquiátricas carecem de estrutura adequada, profissionais capacitados e articulação efetiva com outros pontos da rede, resultando em fragilidades no cuidado contínuo e humanizado (LIMA, 2018).

Segundo Lima, *op. cit.*, os nós identificados na articulação da RAPS estão diretamente relacionados à descontinuidade do cuidado, à dificuldade de comunicação entre os serviços e à ausência de fluxos bem definidos, sobretudo nos atendimentos em situações de crise. A autora destaca que a fragmentação do cuidado compromete a efetividade da RAPS e reforça a lógica hospitalocêntrica que a reforma psiquiátrica busca superar.

O componente hospitalar da RAPS é apontado como um dos pontos mais frágeis da rede no estado. Um estudo recente realizado por Pinheiro *et al.* (2024) revelou que, apesar da redução do número de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, não houve uma ampliação proporcional de leitos de saúde mental em hospitais gerais e que, portanto, o número de leitos para saúde mental é insuficiente.

A pesquisa de Borges *et al.* (2023) reforça essa análise ao demonstrar que há concentração dos dispositivos da RAPS nas cidades-polo do estado, especialmente nas 2ª, 4ª e 7ª Regiões de Saúde, o que acentua as desigualdades territoriais no

acesso aos cuidados em saúde mental. Além disso, identificou-se que muitas das ações propostas nos planos regionais não foram efetivadas, o que compromete a expansão e qualificação da rede.

Outro aspecto relevante é o perfil dos usuários atendidos nas urgências psiquiátricas. Mendonça (2021) mostra que, entre 2010 e 2020, os principais diagnósticos que motivaram internações psiquiátricas no Nordeste brasileiro foram esquizofrenia (43,7%) e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas (27,2%), atingindo majoritariamente homens negros entre 20 e 39 anos. Esses dados indicam a urgência de políticas específicas para populações vulnerabilizadas.

No município de Natal, Freire (2023) aponta que a atuação dos assistentes sociais na RAPS enfrenta limitações relacionadas à precarização das condições de trabalho e à sobrecarga dos profissionais. A autora destaca a importância da intersectorialidade no cuidado em saúde mental, mas observa que muitas vezes as parcerias entre saúde, assistência social e justiça são frágeis e desarticuladas.

Nesse cenário, torna-se fundamental investir na qualificação das equipes de saúde mental, especialmente no que diz respeito ao manejo de situações de crise e à construção de projetos terapêuticos singulares (PTS). A literatura aponta que a escuta qualificada e o acolhimento são ferramentas essenciais para a desinstitucionalização do cuidado e para a efetivação do cuidado em liberdade (LIMA, 2018).

A precariedade dos dispositivos de urgência e emergência psiquiátrica também impacta negativamente os usuários e suas famílias, que frequentemente enfrentam peregrinação entre serviços em busca de atendimento. Isso agrava o sofrimento psíquico e dificulta a consolidação de vínculos terapêuticos duradouros.

Além disso, há uma escassez de serviços noturnos e de plantão 24h em diversas regiões do estado, o que limita o acesso em situações agudas, especialmente para populações em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas. Esse vazio assistencial viola o princípio da integralidade e expõe a necessidade de reorganização da rede.

Por fim, a análise dos estudos recentes sobre a RAPS no Rio Grande do Norte evidencia que, embora haja dispositivos implantados em todas as regiões do estado, a efetividade da rede ainda está aquém do preconizado pelas normativas nacionais. O fortalecimento da RAPS depende de investimentos contínuos, da valorização do trabalho em equipe, da superação da lógica hospitalocêntrica e da construção coletiva de redes de cuidado territorializadas e humanizadas. Diante disso, e da importância

da região do Seridó para a dinâmica espacial do Rio Grande do Norte, a seguir, são apresentados dados específicos sobre o atendimento a urgências e emergências psiquiátricas na IV URSAP.

#### **4.2 Urgência e emergência psiquiátricas na IV Região de Saúde do Rio Grande do Norte**

Os dados apresentados foram elaborados a partir de levantamento feito no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), utilizando os sistemas *TabNet*. A autora do estudo filtrou as informações por Região de Saúde e por tipo de estabelecimento, com ênfase nos equipamentos vinculados à atenção psicossocial e às urgências em saúde mental. As tabelas, portanto, são fruto da análise de dados secundários oficiais e refletem a realidade organizacional da saúde mental no estado, sendo essenciais para compreender a distribuição dos serviços e a efetividade da RAPS no Rio Grande do Norte.

A Tabela 01 apresenta o número de estabelecimentos de saúde por Região de Saúde do estado, discriminando quantos estão habilitados para atendimento geral de urgência e emergência e quantos estão especificamente habilitados para urgências em saúde mental. O total de unidades habilitadas para urgência geral é de 485, enquanto apenas 53 estão habilitadas para atender urgências psiquiátricas. Essa disparidade revela uma fragilidade estrutural significativa, considerando que a saúde mental deveria estar plenamente integrada à Rede de Atenção às Urgências (RAU), conforme prevê a Política Nacional de Saúde Mental.

**Tabela 01 – Número de estabelecimentos de saúde por Região de Saúde no Rio Grande do Norte**

<b>Região de Saúde</b>	<b>Número de estabelecimentos</b>	<b>Número de estabelecimentos habilitados para atendimento de urgência e emergência geral</b>	<b>Número de estabelecimentos habilitados para atendimento de urgência e emergência em saúde mental</b>
1ª Região de Saúde	461	36	5
2ª Região de Saúde	842	58	10
3ª Região de Saúde	420	28	6
4ª Região de Saúde	619	37	5

<b>Região de Saúde</b>	<b>Número de estabelecimentos</b>	<b>Número de estabelecimentos habilitados para atendimento de urgência e emergência geral</b>	<b>Número de estabelecimentos habilitados para atendimento de urgência e emergência em saúde mental</b>
5ª Região de Saúde	272	24	3
6ª Região de Saúde	548	45	5
7ª Região de Saúde	2.748	247	18
8ª Região de Saúde	194	10	1
<b>Total</b>	<b>6.104 unidades</b>	<b>485 unidades</b>	<b>53 unidades</b>

Fonte: elaborada pela autora

Observa-se que a 7ª Região de Saúde concentra o maior número de estabelecimentos (2.748), sendo responsável também pela maior quantidade de unidades habilitadas para urgência em saúde mental (18). A 2ª Região aparece em seguida, com 10 unidades. Já a 8ª Região conta com apenas uma unidade habilitada para esse tipo de atendimento, demonstrando grande desigualdade na distribuição dos serviços no estado. Essa desigualdade territorial compromete a equidade no acesso ao cuidado em situações de crise.

A Tabela 02 detalha os tipos e a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por Região de Saúde. Os dados revelam a existência de apenas um CAPS III em todo o estado, localizado na 4ª Região. Esse dado é particularmente preocupante, uma vez que os CAPS III são os únicos com funcionamento 24h, estruturados para acolher usuários em crise de forma contínua, funcionando como retaguarda da atenção básica e da rede hospitalar. A ausência de CAPS III na maioria das regiões enfraquece a capacidade da RAPS em responder às demandas de urgência.

O número de CAPS AD (voltados a usuários de álcool e outras drogas) também é limitado: apenas seis unidades em todo o estado, com uma concentração maior na 7ª Região de Saúde. A escassez desses dispositivos representa um retrocesso na abordagem territorializada e multiprofissional dos casos de uso abusivo de substâncias psicoativas, que são uma das principais causas de internação psiquiátrica no país.

**Tabela 02 – Tipos e quantidade de CAPS por Região de Saúde no Rio Grande do Norte**

<b>Região de Saúde</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS AD</b>	<b>CAPS AD III</b>	<b>CAPS i</b>
1ª Região de Saúde	4	-	-	-	1	-
2ª Região de Saúde	5	2	-	-	1	1
3ª Região de Saúde	3	1	-	2	-	-
4ª Região de Saúde	2	1	1	1	-	-
5ª Região de Saúde	2	1	-	-	-	-
6ª Região de Saúde	4	1	-	-	-	-
7ª Região de Saúde	1	5	-	3	2	2
8ª Região de Saúde	1	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>22 un.</b>	<b>11 un.</b>	<b>1 un.</b>	<b>6 un.</b>	<b>4 un.</b>	<b>3 un.</b>

Fonte: elaborada pela autora

A Tabela 03 evidencia a quantidade de estabelecimentos com leitos de psiquiatria. São apenas quatro unidades com leitos psiquiátricos no estado, sendo três com até 160 leitos, um entre 161 e 240, e apenas dois estabelecimentos reconhecidos como serviços de referência. Destaca-se que cinco dessas unidades estão localizadas em Natal (1ª Região) e uma em Mossoró (2ª Região), reforçando a centralização da assistência em saúde mental nas cidades polo.

Essa centralização dos leitos psiquiátricos contraria o princípio da regionalização e da integralidade do SUS, obrigando usuários de regiões mais distantes a se deslocarem para receber atendimento especializado. Tal cenário agrava o sofrimento psíquico, dificulta a continuidade do cuidado e sobrecarrega os serviços já existentes na capital.

**Tabela 03 – Número de estabelecimentos com leitos de psiquiatria**

Região de Saúde	Estabelec. com até 160 leitos de psiquiatria	Estabelec. com número de leitos de psiquiatria entre 161 e 240	Serviços hospitalares de referência para atend. a pessoas com sofrimento ou transtorno mental
1ª Região de Saúde	-	-	-
2ª Região de Saúde	-	1	-
3ª Região de Saúde	-	-	-
4ª Região de Saúde	-	-	-
5ª Região de Saúde	-	-	-
6ª Região de Saúde	-	-	-
7ª Região de Saúde	3	-	2
8ª Região de Saúde	-	-	-
<b>Total</b>	<b>3 un.</b>	<b>1 un.</b>	<b>2 un.</b>

Fonte: elaborada pela autora

A Tabela 04 apresenta os dados sobre as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) solicitadas para urgência em saúde mental entre março de 2024 e fevereiro de 2025. Foram 536 solicitações distribuídas por todas as Regiões de Saúde, com destaque para a 7ª Região, que concentrou 268 pedidos (quase 50% do total). A 3ª Região teve 88 solicitações e a 4ª Região, 67. Esse dado demonstra uma demanda latente e significativa por internações psiquiátricas no interior do estado.

**Tabela 04 – Número de AIH de urgência em saúde mental solicitada por Região de Saúde de residência do usuário entre Março de 2024 e Fevereiro de 2025**

Região de Saúde	Número de AIH solicitadas por Região de Saúde
1ª Região de Saúde	72
2ª Região de Saúde	4
3ª Região de Saúde	88
4ª Região de Saúde	67
5ª Região de Saúde	29
6ª Região de Saúde	2
7ª Região de Saúde	268
8ª Região de Saúde	6
<b>Total</b>	<b>536 AIH</b>

Fonte: elaborada pela autora

Entretanto, a Tabela 05 mostra que, embora as solicitações tenham sido originadas em todas as regiões, as autorizações efetivamente aprovadas concentram-se em apenas quatro Regiões de Saúde: 2ª, 3ª, 4ª e 7ª. O maior número de aprovações foi registrado na 7ª Região, com 446 AIHs autorizadas, o que corresponde a mais de 83% do total. Isso revela uma concentração da resposta institucional no entorno da região metropolitana de Natal, o que restringe o acesso de usuários das regiões periféricas.

**Tabela 05 – Número de AIH de urgência em saúde mental aprovadas por Região de Saúde entre Março de 2024 e Fevereiro de 2025**

Região de Saúde	Número de AIH aprovadas por Região de Saúde
1ª Região de Saúde	-
2ª Região de Saúde	8
3ª Região de Saúde	29
4ª Região de Saúde	52
5ª Região de Saúde	-
6ª Região de Saúde	-
7ª Região de Saúde	446
8ª Região de Saúde	-
<b>Total</b>	<b>535 AIH</b>

Fonte: elaborada pela autora

A discrepância entre solicitações e aprovações revela um grave descompasso entre a demanda dos territórios e a oferta de serviços regulados, indicando que a assistência em saúde mental, especialmente em situações de urgência e emergência, está longe de ser universal e equânime. A 1ª Região, por exemplo, apesar de ter apresentado 72 solicitações, não teve nenhuma AIH aprovada, o que pode indicar problemas na regulação, na disponibilidade de leitos ou na infraestrutura dos serviços locais.

#### 4.2.1 Os Hospitais gerais da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte

Os dados relativos à 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte, cuja sede é o município de Caicó, revelam uma contradição marcante entre a relevância estrutural da região no sistema estadual de saúde e a sua baixa resolutividade no campo da saúde mental, especialmente no que se refere às urgências e emergências psiquiátricas. De acordo com Silva (2023), Caicó concentra o terceiro maior número

de estabelecimentos de saúde do estado, o que a configura como um polo regional importante e estratégico para a interiorização da atenção especializada.

Apesar dessas limitações, a assistência hospitalar apresenta-se como elemento gerador de fluxos, de modo que a 4ª Região de Saúde também se destaca pela presença de dois importantes equipamentos hospitalares públicos: o Hospital Estadual Telecila Freitas Fontes (HETFF) em Caicó/RN, o Hospital Regional Doutor Mariano Coelho (HRDMC) em Currais Novos/RN e o Hospital do Seridó (HS) também localizado em Caicó/RN. Essa estrutura hospitalar reforça o papel centralizador de Caicó, posicionando-o como um dos principais polos de referência no interior do estado, tanto na oferta de serviços ambulatoriais quanto em internações hospitalares.

Entre os três estabelecimentos, o HETFF se sobressai como principal referência para o atendimento de urgência e emergência na região. Diferentemente do HRDMC e do HS, cujas estruturas estão voltadas principalmente para especialidades básicas como clínica médica, pediatria, obstetrícia e cirurgias gerais, o HETFF ampliou sua atuação nas últimas décadas, incorporando atendimentos de maior complexidade, incluindo cirurgias ortopédicas e de trauma. Essa expansão permitiu que o hospital se consolidasse como um equipamento estratégico não apenas para os municípios vizinhos, mas também para pacientes provenientes de todas as regiões de saúde do estado.

A análise dos fluxos hospitalares, com base nos dados de Silva *op.cit.* confirma a centralidade funcional exercida por Caicó e, particularmente, pelo HETFF. O hospital absorve uma expressiva quantidade de internações vindas de outras cidades, evidenciando sua condição de polo regional de saúde. Essa centralidade é ainda mais significativa quando se observa a baixa densidade hospitalar em outras cidades do Seridó, o que obriga a população dessas localidades a buscar atendimento em Caicó, frequentemente em situações de urgência, o que acarreta desafios logísticos e sobrecarga dos serviços locais.

A importância do HETFF na rede estadual de saúde se dá também pela sua integração à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), da qual é componente essencial. Como hospital geral sob gestão estadual, ele cumpre um papel complementar à Atenção Primária e aos serviços especializados, funcionando como retaguarda hospitalar e referência para internações reguladas. Sua estrutura física, equipe médica e localização estratégica tornam-no uma peça-chave na regionalização da assistência hospitalar no interior potiguar.

No entanto, conforme os dados extraídos do DATASUS, no estado do Rio Grande do Norte, há apenas cinco estabelecimentos habilitados para o atendimento de urgências em saúde mental, número que se mostra insuficiente diante da complexidade e volume da demanda, são eles: Mossoró (2ª Região de Saúde), Touros (3ª Região de Saúde) Guamaré (3ª Região de Saúde), Currais Novos (4ª Região de Saúde) e Natal (7ª Região de Saúde).

Como mostra a Tabela 03 do levantamento, a 4ª Região não possui sequer um estabelecimento com leitos de psiquiatria, nem mesmo como serviço hospitalar de referência para pessoas em sofrimento mental. Isso significa que os atendimentos em situação de crise precisam ser direcionados para outras regiões, como Natal ou Mossoró, dificultando o acesso, agravando quadros clínicos e sobrecarregando a rede de assistência das capitais.

Paradoxalmente, a Tabela 05 evidencia que a 4ª Região figura entre as poucas que tiveram AIHs aprovadas para internação psiquiátrica entre março de 2024 e fevereiro de 2025, com um total de 52 aprovações. Esse número é expressivo considerando o cenário estadual, mas, na ausência de leitos na própria região, é provável que tais internações tenham ocorrido fora do território, o que rompe com a lógica territorial da RAPS. A elevada taxa de solicitações e autorizações de internação ao longo dos anos, como destaca Silva (2023), mostra que a demanda existe e é consistente, mas que permanece desassistida localmente, revelando o distanciamento entre o planejamento formal e a materialização da política pública no território, percepção esta corroborada pelos dados epidemiológicos do próprio HETFF.

Com base no relatório do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do 1º quadrimestre de 2024 da maior unidade hospitalar da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte (HETFF, 2024), é possível traçar um panorama do perfil epidemiológico dos atendimentos realizados pela unidade. Nesse período, o hospital registrou 91 atendimentos por transtornos mentais/doenças mentais, 28 por tentativas de suicídio e 448 atendimentos relacionados a quadros de ansiedade, totalizando 567 atendimentos em saúde mental apenas entre janeiro e abril. Esses números evidenciam a alta demanda por cuidados psiquiátricos e psicológicos na unidade, mesmo que o hospital não esteja oficialmente habilitado no Sistema Nacional de Regulação como referência para urgência e emergência psiquiátrica.

Percebe-se que volume de atendimentos por causas relacionadas à saúde mental realizado pelo HETFF supera inclusive a totalidade da demanda registrada

pelo próprio DATASUS em 12 meses para a 4ª Região de Saúde, considerando os atendimentos psiquiátricos em nível hospitalar. Este dado revela uma realidade de subnotificação nos sistemas oficiais e destaca o papel prático do HETFF como retaguarda de urgência em saúde mental, ainda que de forma não regulamentada. A discrepância entre a atuação de fato e a habilitação oficial reforça a urgência de regularização do serviço e reconhecimento formal da estrutura existente no hospital.

Diante desse cenário, é imprescindível que a 4ª Região de Saúde seja incluída com prioridade nas estratégias estaduais de ampliação da RAPS. A implantação de pelo menos um CAPS III em Caicó, a habilitação de leitos de saúde mental em hospitais gerais e a estruturação de uma equipe de referência para o atendimento das crises psiquiátricas seriam passos fundamentais para superar o atual vácuo assistencial. Ignorar essa realidade representa não apenas uma falha no cumprimento das diretrizes do SUS, mas uma omissão diante do sofrimento psíquico de uma população historicamente negligenciada pelo planejamento em saúde.

Os dados reforçam o argumento de que a RAPS no Rio Grande do Norte ainda enfrenta sérios obstáculos para garantir cuidado contínuo, integral e territorializado (Freire, 2023). A escassez de dispositivos especializados, a centralização dos serviços em Natal e Mossoró, e a baixa resolutividade das regiões intermediárias configuram um cenário crítico, especialmente quando se trata de atenção às urgências psiquiátricas.

Além disso, revela-se a ausência de política regionalizada eficaz que considere as especificidades e necessidades locais. O baixo número de CAPS III, a inexistência de leitos em hospitais gerais da maioria das regiões e a limitação das AIHs demonstram que a rede está funcionando de maneira precária e fragmentada. Essa situação não apenas compromete o cuidado em saúde mental, mas também desrespeita os preceitos da reforma psiquiátrica e da política nacional de saúde mental.

Portanto, os dados analisados nas tabelas evidenciam a urgência de ações concretas para a reorganização da RAPS no estado. É necessário ampliar o número de CAPS III, habilitar novos leitos em hospitais gerais fora dos grandes centros e fortalecer a articulação entre os diferentes níveis da rede. A qualificação dos profissionais e a gestão eficiente da regulação estadual também são medidas imprescindíveis.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo analisar a efetividade do atendimento às urgências e emergências psiquiátricas nos hospitais gerais da IV Região de Saúde do estado do Rio Grande do Norte, com foco específico na realidade do Seridó Potiguar. Para tanto, a investigação partiu da compreensão teórica e normativa da RAPS, articulando suas origens com os marcos das reformas sanitária e psiquiátrica, e destacando o papel dos hospitais gerais como pontos estratégicos de cuidado em situações de crise psíquica. A análise buscou identificar os dispositivos de saúde mental disponíveis na região, os fluxos intermunicipais de internação e a relação entre demanda e estrutura existente.

A metodologia adotada foi de abordagem mista, conforme orienta Creswell (2007), combinando a análise estatística de dados secundários extraídos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) via TabNet/DATASUS com a leitura crítica dos marcos normativos e documentos oficiais. O recorte temporal definido foi de março de 2024 a fevereiro de 2025, abrangendo 12 meses consecutivos de registros de AIHs em saúde mental. A partir desses dados, foi possível traçar um panorama da assistência psiquiátrica hospitalar na região, observando suas lacunas e potencialidades.

Os resultados revelaram que, embora o Seridó exerça um papel central no sistema estadual de saúde, com Caicó figurando como o terceiro município com maior número de estabelecimentos de saúde do estado (Silva, 2023), há um grave descompasso entre sua centralidade estrutural e a efetividade dos serviços em saúde mental. A IV Região de Saúde apresenta uma das maiores demandas por internações psiquiátricas em situação de urgência, mas não dispõe de leitos psiquiátricos habilitados em hospitais gerais, contrariando as diretrizes da RAPS (BRASIL, 2022).

A análise do HETFF, principal equipamento hospitalar da região, reforça esse paradoxo. Apesar de não ser habilitado oficialmente como referência para urgência e emergência psiquiátrica, o hospital registrou, somente no primeiro quadrimestre de 2024, 567 atendimentos relacionados à saúde mental, número que supera a totalidade das internações psiquiátricas registradas em toda a IV Região de Saúde no mesmo período segundo o DATASUS. Isso evidencia que o HETFF funciona, na prática, como porta de entrada para situações de crise psíquica, mas sem o devido reconhecimento institucional, estrutura adequada ou financiamento específico.

Essa condição de informalidade no acolhimento da crise psiquiátrica compromete a qualidade do atendimento, sobrecarrega os profissionais e dificulta a articulação com os demais dispositivos da rede. A ausência de leitos habilitados e de protocolos institucionais para manejo da crise gera situações de improviso, marcadas muitas vezes por condutas desarticuladas com os princípios da reforma psiquiátrica. Como apontado por Botega (2017), o manejo da urgência em saúde mental exige preparo técnico e retaguarda multiprofissional, o que não se consolida de forma espontânea.

A pesquisa também apontou que as autorizações de internação psiquiátrica originadas na 4ª Região são frequentemente direcionadas para outras regiões, como Natal ou Mossoró, o que rompe com o princípio da territorialidade do SUS. A necessidade de deslocamento dos usuários em crise, além de agravar o sofrimento psíquico, dificulta o acompanhamento pós-alta e compromete a continuidade do cuidado. Essa realidade, já denunciada por autores como Lima (2018), reflete a ausência de fluxos regionais eficazes e de articulação entre os pontos da RAPS.

Diante desse cenário, destaca-se a importância da regionalização da saúde como princípio organizativo do SUS, mas também como desafio prático a ser enfrentado. Embora as normativas estabeleçam que os territórios devem ser capazes de responder às demandas locais, a análise da IV Região demonstra que ainda há uma concentração excessiva dos serviços especializados em polos urbanos, enquanto as regiões intermediárias permanecem subassistidas. Como afirma Viana e Lima (2011), a regionalização só se efetiva quando acompanhada de pactuação federativa e investimento na estrutura dos territórios.

No tocante ao planejamento estadual, observou-se que o Plano Estadual de Saúde 2024–2027 reconhece as fragilidades da RAPS e propõe metas concretas para sua expansão. Entre elas, destaca-se a previsão de cobertura integral da rede até 2027, com implantação de CAPSi, habilitação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e fortalecimento dos serviços de base territorial. Para a 4ª Região, essas metas representam um avanço, mas sua concretização depende da capacidade política e técnica dos gestores em implementar as diretrizes no território.

Contudo, como bem pontua Delgado (2013), a simples existência formal dos dispositivos não garante a mudança do modelo de cuidado. É necessário investir na formação permanente das equipes, na construção de protocolos intersetoriais e na valorização do trabalho em saúde mental como campo complexo e relacional. A

efetividade da RAPS depende menos de sua estrutura física e mais da qualidade dos vínculos, da escuta clínica e da articulação dos pontos de atenção.

Outro aspecto relevante identificado ao longo da pesquisa foi o papel invisibilizado dos hospitais gerais na assistência em saúde mental. Embora as normativas reconheçam seu lugar na RAPS, a ausência de habilitação formal, como no caso do HETFF, revela um descompasso entre prática e reconhecimento institucional. Esse hiato compromete o financiamento, a regulação e a própria mensuração dos dados, o que afeta a tomada de decisão nos níveis de gestão.

As dificuldades enfrentadas ao longo da pesquisa também devem ser reconhecidas. A limitação metodológica imposta pela ausência de entrevistas restringiu o aprofundamento qualitativo da análise. Além disso, a própria estrutura do DATASUS, com suas lacunas e inconsistências, exigiu cautela na interpretação dos dados. Ainda assim, a metodologia adotada mostrou-se suficiente para traçar um diagnóstico territorial fundamentado, contribuindo com a produção de conhecimento crítico sobre a saúde mental no interior do estado.

Entre as potencialidades do estudo, destaca-se a utilização de bases públicas de dados, acessíveis e replicáveis, que reforçam o compromisso da pesquisa com a transparência e o controle social. A combinação entre análise documental e leitura crítica das normativas ampliou a capacidade de interpretação dos achados, permitindo uma abordagem multiescalar do problema: da política nacional à realidade local.

Assim, conclui-se que a 4ª Região de Saúde do RN, apesar de sua relevância estratégica, permanece desassistida no campo da saúde mental, especialmente no que diz respeito às urgências e emergências psiquiátricas. A pesquisa revela um descompasso entre o desenho normativo do SUS e a materialidade da rede nos territórios, apontando para a necessidade de investimento em planejamento, estrutura, qualificação profissional e articulação entre os pontos da rede.

Para que o cuidado em liberdade deixe de ser uma diretriz formal e se torne prática cotidiana, é preciso enfrentar os vazios assistenciais com políticas públicas sustentadas, pactuadas e sensíveis às especificidades dos territórios. A regionalização da RAPS não pode ocorrer de forma fragmentada ou descontínua. É necessário que cada ponto da rede — hospital, CAPS, atenção primária — reconheça seu papel e compartilhe a responsabilidade pelo cuidado.

Por fim, este trabalho se soma aos esforços de pesquisa, formulação e resistência em defesa de uma política de saúde mental pública, integral e

territorializada, conforme preconizado pelas reformas que deram origem ao SUS e à RAPS. Que os dados aqui sistematizados possam subsidiar gestores, profissionais e usuários na construção de redes mais justas, eficazes e humanizadas no Seridó potiguar e além dele.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

BARBOSA, M. N. **Possibilidades e limitações de uso das bases de dados do DATASUS no controle externo de políticas públicas de saúde no Brasil**. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2019. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/possibilidades-e-limitacoes-de-uso-das-bases-de-dados-do-datasus-no-controle-externo-de-politicas-publicas-de-saude-no-brasil.htm>>. Acesso em: 8 jun. 2025.

BORGES, L. F.; OLIVEIRA, L. V.; LEITE, M. J. V. F.; FERNANDES, S. M. B. A. A implantação da Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Norte: avanços e desafios. In: **Mental**, vol.13 no.23 Barbacena jan./jun. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cienciaplural/article/view/33471>. Acesso em: 08 jun. 2025.

BOTTEGA, N. J. (org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_urgencias.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_urgencias.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_atencao_saude.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 81, 27 dez. 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede de atenção às urgências: componentes, diretrizes e protocolos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_atencao_urgencias.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios\\_diretrizes\\_organizacao\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_organizacao_sus.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atendimento\\_pre\\_hospitalar\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atendimento_pre_hospitalar_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Instrutivo técnico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_tecnico\\_raps\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DELGADO, P. G. **Saúde mental e política: por uma crítica à reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Te Corá, 2013.

SCOREL, S. **Reforma sanitária: a construção de uma política pública de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FEITOSA, L. C. **A regionalização da saúde no Rio Grande do Norte:** Elementos para a compreensão das dinâmicas dos lugares. 2013. 137 p. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013. Disponível em: <[https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/18955/1/LucianaCF\\_DISSERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/18955/1/LucianaCF_DISSERT.pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2025.

FREIRE, M. M. O. **O trabalho dos(as) assistentes sociais na saúde mental no município de Natal/RN: uma análise das competências e atribuições profissionais no contexto da nova morfologia do trabalho.** 2023. Dissertação

(Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023.

HOSPITAL ESTADUAL TELECILA FREITAS FONTES (HETFF). **Relatório Técnico das Atividades Realizadas pela Equipe do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, referente ao período de janeiro a abril de 2024**. Caicó/RN, 2024. Disponível em: <<http://www.adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000340920.PDF>> Acesso em: 10 jun. 2025

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Uma Análise da Base de Dados do Sistema de Informação Hospitalar entre 2001 e 2018: dicionário dinâmico, disponibilidade dos dados e aspectos metodológicos para a produção de indicadores**. Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2WAGgWI>. Acesso em: 09 jun. 2025.

JESUS, M. A. E. S.; MACADO, T. B.; SILVA, C. M.; MORAIS, D. B.; NASCIMENTO, E. B.; BRITO, E. C. S.; MAGNO, E. C.; GONÇALVES, E. L.; MOURA, N. S. Emergência psiquiátrica no contexto da rede de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura. In: **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 4780–4804, jan. 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n1-329. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/56694>>. Acesso em: 08 jun. 2025.

LIMA, D. K. R. R. **Entre fios e nós: uma análise da Rede de Atenção Psicossocial de Natal/RN**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/26040>. Acesso em: 08 jun. 2025.

LIMA, J. S.; QUADROS, D. V.; SILVA, S. L. C.; TAVARES, J. P.; DALPAI, D. Custos das autorizações de internação hospitalar por quedas de idosos no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2000-2020: um estudo descritivo. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n. 1, e2021603, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100012>>. Acesso em: 8 jun. 2025.

MENDONÇA, E. S. **Internações psiquiátricas no Nordeste brasileiro no período de 2010 a 2020**. 2021. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2021.

NARVAI, P. C. **SUS: uma reforma revolucionária**. São Paulo: Hucitec, 2022.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 13, p. 91–116, 2003.

PINHEIRO, E. M. N.; ANDRADE, F. T. S. A.; GOMES, H. L. N.; OLIVEIRA, M. L. G.; CAVALCANTE, E. F. O.; MENDONÇA, A. E. O.; ANDRADE, F. B. Atenção hospitalar em saúde mental no Rio Grande do Norte: contribuições do planejamento e avaliação em saúde. In: **Revista Ciência Plural**, v. 10, n. 1, e33471, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cienciaplural/article/view/33471>. Acesso em: 08 jun. 2025.

RIO GRANDE DO NORTE. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Natal, 2020. Disponível em: [https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Plano-Estadual-Sau%CC%81de\\_RN\\_2020\\_2023-1.pdf](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Plano-Estadual-Sau%CC%81de_RN_2020_2023-1.pdf). Acesso em: jan. 2023.

\_\_\_\_\_. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027**. Natal, 2024. Disponível em: <https://www.saude.rn.gov.br/>. Acesso em: 08 jun. 2025.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma estratégia para a reforma psiquiátrica. In: LEON, C. de; AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria sem hospício: práticas de substituição ao hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 16. ed. Rio de Janeiro: Record, 2020.

SILVA, C. M. R. **Rede urbana e saúde pública: reflexões e análises sobre a influência dos serviços hospitalares na centralidade de Caicó/RN**. 2023. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, 2023.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. **Regionalização e redes de saúde: a construção de uma política pública**. São Paulo: Hucitec, 2011.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S.; **Atenção Primária à Saúde no SUS: situação atual, desafios e perspectivas**. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2290.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2290.pdf). Acesso em: 08 jun. 2025.